

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XX Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



XXIII Reunión

Washington, D.C.
Septiembre-October 1971

Tema 24 del proyecto de programa

CD20/8, Rev. 1 (Esp.)
17 septiembre 1971
ORIGINAL: ESPAÑOL

SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL

AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL

AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL

Resumen de las recomendaciones

1. Los países que aún no han establecido programas de salud ocupacional deben instituirlos lo antes posible a fin de atender en 1975 al 10% de la población obrera expuesta, y en 1980 al 20%.
2. Los países que han instituido programas de salud ocupacional deben ampliarlos a fin de atender en 1975 al 20% de los trabajadores expuestos, y en 1980 al 40%.
3. Las instituciones de desarrollo internacional deberían sugerir a los gobiernos la conveniencia de incorporar en cada nuevo proyecto las medidas indispensables para controlar los riesgos a que está expuesta la salud de los trabajadores y de la comunidad y para atenuar las molestias que estos proyectos pudiesen ocasionar.
4. En cada proyecto de desarrollo económico debería incluirse los fondos necesarios para permitir la prevención de dichos riesgos y molestias.
5. Las instituciones internacionales y los Gobiernos Miembros deben coordinar o integrar los diferentes servicios dedicados a la salud ocupacional para que realicen una labor más eficaz y económica.
6. Los Gobiernos Miembros deben intensificar la preparación técnica de personal especializado en salud ocupacional.
7. Se debe asignar una pequeña parte de los fondos para desarrollo industrial a las instituciones que capacitan personal en la identificación, evaluación y control de los riesgos ocupacionales.

AMPLIACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL

El problema actual

A principios de la presente década la fuerza laboral en Latinoamérica era, aproximadamente, de 94,000,000 de personas. En los países industrializados, por cada dos trabajadores hay, en promedio, una persona en edad improductiva. En América Latina, en cambio, con una población mucho más joven, la relación es de uno a uno. Esto se debe a que alrededor del 43% de sus habitantes tiene menos de 15 años de edad y el 4% más de 64 años.

Debido a que la salud y la productividad están íntimamente ligados al ingreso, lo cual a su vez se refleja en el poder adquisitivo de las personas, puede ser de interés revisar este factor para Latinoamérica. De 19 países, para los cuales hay datos al respecto, uno tiene un ingreso per cápita de menos de EUA\$100 anuales, tres de EUA\$100 a EUA\$250, ocho de EUA\$250 a EUA\$500, seis de EUA\$500 a EUA\$750 y uno algo superior a EUA\$750. Para complementar los bajos salarios los gobiernos otorgan subsidios, como por ejemplo, asignaciones por cargas familiares, servicios médicos, servicios de seguridad social, complementos en la alimentación, etc. Estas contribuciones tienden a crear una onerosa burocracia y, en algunos casos, pueden menoscabar la dignidad del trabajador.

Los obreros industriales, frecuentemente carentes de experiencia debido a su origen rural, manipulan sustancias peligrosas sin mucho conocimiento de los riesgos inherentes a ellas. La aplicación de técnicas modernas, en un esfuerzo para quemar las etapas por las cuales han debido pasar los países más desarrollados, representan riesgos adicionales.

Esto queda demostrado por la alta incidencia de accidentes y enfermedades profesionales, que excede en 6 a 10 veces la de naciones más industrializadas. Por ejemplo, en el Primer Seminario de Salud Ocupacional, realizado en 1964 en Sao Paulo, se informó que en dos estudios efectuados entre trabajadores de fábricas de baterías y de industrias metalúrgicas en Perú, un 56.9% y 60.3% respectivamente estaban intoxicados por plomo. En Venezuela, la intoxicación por este metal llegaba a un 23%. El envenenamiento por arsénico alcanzaba, en Brasil, al 86% y en Perú, a un 88.7%. En México, el 50% de los obreros expuestos a cromo presentaban dermatitis y el 10% tenía graves úlceras nasales y el septum perforado. En Chile, el 11.4% de los trabajadores expuestos a solventes presentaban incapacidades ocupacionales. A pesar de que no existen estadísticas completas al respecto, se podría citar numerosos ejemplos de este tipo.

Impacto económico de las incapacidades de origen laboral

El bajo incremento de la producción agrícola de las dos últimas décadas contribuye, en forma dramática, a mantener a la América Latina en estado de subdesarrollo. Esto ha obligado al empleo de una mayor cantidad

de fertilizantes y plaguicidas, los cuales han producido serios problemas de salud. Las defunciones debidas a pesticidas son numerosas y están adquiriendo serias proporciones. Los estudios sobre la toxicidad de nuevos productos están muy a la zaga de los que son introducidos anualmente al mercado. Los industriales y los economistas generalmente olvidan el impacto económico de los riesgos profesionales sobre la industria, y el número de profesionales especializados en este campo todavía es muy pequeño.

Existen otros riesgos ocupacionales además de los de naturaleza tóxica mencionados hasta ahora, entre ellos calor excesivo, frío, presión, ruido, iluminación deficiente, que también afectan al organismo humano. El empleo de la energía nuclear en los estudios de corrosión, soldaduras, control de producción, etc., también representa riesgos de consideración. La rápida mecanización agrícola, y el uso de maquinaria complicada por personal insuficientemente entrenado, aumentan considerablemente el número de accidentes en los países en desarrollo.

A las pérdidas debidas a las incapacidades se deben agregar las que provienen de la legislación que otorga beneficios económicos, como reducción de horas de trabajo, vacaciones prolongadas y disminución de los años requeridos para jubilar a los trabajadores expuestos a riesgos en sus lugares de trabajo. Nada de esto contribuye a la solución del problema. En realidad, sólo afecta al costo de la producción al reducir las horas trabajadas por personal entrenado.

Actualmente tenemos un mejor conocimiento del impacto del ambiente sobre el bienestar de nuestra población. En los últimos tiempos hemos ido comprendiendo de qué modo estamos despojando a nuestro mundo de sus limitados recursos. El trabajador debe considerarse como uno de los recursos afectados, dado que se ve diariamente expuesto a riesgos especiales, provenientes del ambiente en el cual él mismo trabaja. Sin embargo, aunque los problemas ambientales comienzan a ser objeto de atención por parte de las autoridades mundiales, la salud ocupacional continúa teniendo dificultades para obtener apoyo, no sólo financiero, sino también administrativo. Esto posiblemente se debe a que la salud ocupacional nunca ha tenido mucho brillo asociado a ella, ni se ha puesto énfasis en darle la suficiente publicidad, como la que tienen otros programas, como tuberculosis, poliomielitis, enfermedades del corazón o cáncer, a pesar de que esta disciplina tiene como obligación proteger al sector más importante de la población, es decir, los trabajadores, los reales productores de bienes.

En nuestros días se está dando sumo énfasis y publicidad a la contaminación del ambiente de la comunidad. En los Estados Unidos de América, en un esfuerzo para consolidar muchos organismos encargados de su control, se ha creado uno nuevo, la Agencia de Protección Ambiental. Es nuestra opinión que el derecho de cualquier persona a la protección de su lugar de trabajo contra riesgos para la salud y la seguridad es tan fundamental como el derecho a la protección del ambiente comunal. Este principio tiene un

mérito particular si se considera que la experiencia ha demostrado que los buenos programas de salud ocupacional producen beneficios económicos y humanos de considerable magnitud. Como prueba de esta afirmación se presentarán dos ejemplos, uno tomado de los Estados Unidos de América y otro de un país de Sudamérica:

1. Anteriormente a 1936, la incidencia de silicosis y tuberculosis pulmonar era sumamente alta en los talleres y canteras de granito de Vermont. Entre sus trabajadores había un exceso de tuberculosis pulmonar, después de 15 o más años de trabajo, mientras que la silicosis se contraía en un lapso de 2 a 10 años. Como resultado de un estudio epidemiológico efectuado entre estos trabajadores, se descubrió que la silicosis se desarrollaba solamente después de una exposición prolongada a una determinada concentración de polvo. Basándose en esta información los trabajadores negociaron un convenio con la asociación de manufactureros de granito, especificando que las condiciones de trabajo debían mantenerse de manera tal que no se superara la concentración peligrosa. Se especificó además que se efectuarían inspecciones semestrales por parte del Departamento de Salud Pública, para verificar las condiciones de trabajo. Como resultado, no se han presentado nuevos casos de silicosis en esta industria.

2. En 1946 una gran compañía minera en Sudamérica comenzó su programa S de higiene y seguridad industrial, cuando su frecuencia de accidentes era de 20.5 por millón de horas-hombre trabajadas y su productividad de 13.1 toneladas de mineral extraído por hombre-día. En 1960, la frecuencia de accidentes había bajado a 4.8 por millón de horas-hombre trabajadas y su productividad se había elevado a 35 toneladas por hombre-día. Por otra parte, el costo de los accidentes decreció de 140,000 dólares en 1951, a 21,000 dólares en 1960, y los costos por compensaciones debido a silicosis, de 3,000,000 de dólares a 300,000 dólares en 1960. Desde la iniciación del programa sólo se presentaron casos aislados de silicosis, correspondientes a los contraídos con anterioridad a la iniciación del programa.

Los dos ejemplos citados nos muestran claramente el impacto económico de programas exitosos. Si actividades de este tipo no se realizan, las pérdidas son cuantiosas y mucho mayores de lo que habitualmente se cree. Estudios efectuados en países latinoamericanos en los últimos veinticinco años indican que las pérdidas debido a las incapacidades por accidentes y enfermedades profesionales alcanzan a una considerable suma, equivalente aproximadamente al 15% de las rentas nacionales.

A despecho de la evidencia de que buenos programas en salud ocupacional producen beneficios sociales y económicos de magnitud considerable, como se ilustró en los ejemplos anteriores, la salud ocupacional sigue teniendo grandes dificultades para ganar apoyo y aún para mantener sus propios especialistas. Se continúa perdiendo personal bien adiestrado, que pasa a programas más dramáticos a los ojos del público, tales como contaminación del aire y radiaciones, o a la industria, que suele pagar salarios más remunerativos.

Servicios actuales de salud ocupacional en Latinoamérica

Ninguna nación en el mundo tiene un programa adecuado de salud ocupacional. Aún en países altamente desarrollados los programas gubernamentales no brindan servicios a más del 10 por ciento de la clase trabajadora. Algunos programas de salud ocupacional en Latinoamérica empezaron hace unos 25 años, y durante los últimos 10 años han contado con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud. En varios países se han identificado los problemas de salud ocupacional. A la fecha hay 14 programas gubernamentales en varias etapas de desarrollo y efectividad. De ellos, sólo hay cuatro que se pueden clasificar como más o menos adecuados, otros tres como regulares, cuatro con servicios muy limitados, dos están recién iniciándose y uno es llevado a cabo por una asociación privada y a tiempo parcial.

A pesar de que las empresas y la fuerza laboral están comenzando a reconocer los beneficios económicos que se pueden derivar de un buen programa de higiene ocupacional, estos necesitan orientación y ayuda del gobierno y de instituciones no oficiales. Por otra parte, las entidades de salud pública deben reconocer definitivamente que la higiene ocupacional es parte integral de la salud pública, que puede brindar grandes beneficios para obtener una mejor salud de la población industrial, y que estas entidades tienen una seria responsabilidad frente a los sectores laborales.

En resumen, los problemas de higiene ocupacional en Latinoamérica no han sido atacados con suficiente empuje. Los programas están recién comenzando, nos queda mucho terreno por andar y es necesario actuar con energía si se desea que la higiene ocupacional contribuya al desarrollo económico de la Región. Todavía hay muchos gobiernos que no han reconocido la importancia que esta disciplina tiene para el bienestar de la nación. Sin embargo, donde existen programas adecuados han sido bien recibidos, y han tenido que ampliar su campo de acción para hacerse cargo de nuevos problemas, como contaminación atmosférica, exposición a radiaciones ionizantes y plaguicidas. Lamentablemente, los países que estaban dando los mejores servicios en beneficio de la salud de los obreros han experimentado últimamente un éxodo masivo de su personal especializado, con muy pocas posibilidades de reemplazarlo. Se puede estimar que de los profesionales entrenados en el exterior, alrededor del 50% han dejado su trabajo por cargos mejor remunerados.

Acciones que debe tomar cada país para solucionar sus problemas de salud ocupacional

Cada país debe desarrollar una organización capaz de realizar programas eficientes de evaluación, prevención y control de los riesgos para la salud provenientes del ambiente industrial.

Los programas deben iniciarse con la identificación de los problemas de salud ocupacional del país. Para esto es necesario efectuar una encuesta

preliminar de una muestra representativa de lugares de trabajo, que se puede realizar por medio de personal local, entrenado para estos fines, y con la ayuda de organizaciones internacionales experimentadas, como la OPS. Una vez completada, analizados los datos encontrados y preparado el informe correspondiente, el Departamento de Salud Ocupacional estará en condiciones de determinar la cantidad y calidad de personal que necesitará, como también el tipo de equipo de campo y laboratorio que deberá adquirir. Con estos datos se podrán fijar con bastante precisión los recursos presupuestarios. Los resultados de la encuesta indicarán el tipo de industrias que requerirá atención prioritaria, debido a la naturaleza y severidad del riesgo que presentan y al tamaño de la población expuesta.

El equipo profesional básico de un programa de salud ocupacional debe estar compuesto por un ingeniero, un médico y un químico. Este personal profesional debe ser reclutado en los comienzos del programa y recibir entrenamiento eficaz, posiblemente mediante becas que pueden ser obtenidas por intermedio de la OPS. Actualmente es posible preparar este personal en un país de habla hispana, gracias al Instituto de Higiene del Trabajo y Contaminación Atmosférica de Santiago, Chile. En la fase inicial del programa puede ser útil obtener los servicios de un consultor experimentado, por algunos meses.

Para los países que ya tienen programas de salud ocupacional, se puede formular la pregunta clave: ¿Qué deben hacer para corregir la situación actual y lograr que la salud ocupacional reciba la atención y el apoyo que merece?

Como primer paso, deben proporcionar a sus instituciones los medios necesarios para que puedan hacer frente a las necesidades reales del país y verificar luego si existe la legislación apropiada que respalde una labor efectiva en salud ocupacional.

Más adelante, podrían ayudar a orientar a quienes se relacionan en forma directa con esta actividad - administradores, sindicatos, contratistas, arquitectos, autoridades de salud pública, médicos, economistas y planificadores - a fin de obtener los beneficios múltiples de la labor de salud ocupacional.

¿Cuáles son algunas de las medidas que se pueden adoptar para recabar la participación de personas influyentes en apoyo de la salud ocupacional?

Es preciso impresionar a la gerencia con los beneficios económicos que se obtienen de los programas de salud ocupacional. Los dos ejemplos antes mencionados, el de la industria de granito en el Estado de Vermont y el de una compañía minera en Sudamérica, revelan lo que es posible realizar. En forma similar, hace muchos años, en los Estados Unidos de América, se demostró a la industria del cemento, mediante un estudio efectuado por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos,

que era factible controlar la exposición a polvos en sus plantas, hasta un límite donde no se observaba daño alguno para los trabajadores, a lo largo de toda su vida activa. Como resultado, la Asociación del Cemento Portland organizó su propio programa de inspección y control. Este programa resultó tan exitoso que todavía, después de 50 años, está en operación para beneficio mutuo de trabajadores y administración.

Se logra también una labor eficaz interesando a los sindicatos obreros en la salud ocupacional. Hace unos 25 años, los trabajadores del acero en los Estados Unidos de América, uno de los sindicatos más poderosos, solicitó al Servicio de Salud Pública que estudiara los riesgos en los altos hornos. Como resultado de las conclusiones y recomendaciones de este estudio, el sindicato ha organizado y mantenido su propio Departamento de Salud y Seguridad Ocupacional. Por su parte, el sindicato de trabajadores de la industria automovilística se ocupó de la salud ocupacional desde antes de 1942, y ha mantenido su programa desde entonces.

Los arquitectos e ingenieros de la construcción son otros de los sectores que pueden jugar un papel importante en apoyo a estos programas. Por ejemplo, al comenzar la Segunda Guerra Mundial, se encomendó a la División de Salud Ocupacional del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos la responsabilidad de vigilar la higiene y seguridad en las nuevas fábricas de municiones. Esto permitió proporcionar condiciones de trabajo seguras incluso antes de proceder a la construcción. Fue una empresa conjunta de los arquitectos que diseñaban las fábricas, los ingenieros que las construían y el personal de inspección del Servicio de Salud Pública.

Como resultado de sus servicios coordinados el control de enfermedades y accidentes ocupacionales fue en extremo satisfactorio, superando los resultados esperados. El número de accidentes fue mínimo, dada la gran cantidad de material bélico manipulado. Estos resultados fueron aún más impresionantes si se comparan con la experiencia de la Primera Guerra Mundial.

Podrían citarse muchos otros ejemplos de esta clase, pero suponemos que los ya mencionados son suficientes.

Las autoridades sanitarias deben ser las primeras en reconocer que la higiene del trabajo debe constituir parte integral de la salud pública y que puede a menudo conducir a la práctica de la salud pública general entre la población activa y sus familias. Por ejemplo, los estudios efectuados para determinar la incidencia de enfermedades profesionales deben incluir un examen médico completo de cada trabajador, para obtener un diagnóstico diferencial. Cualquier condición de origen no ocupacional, como desnutrición, diabetes, enfermedades venéreas, por mencionar algunas, pueden ser inmediatamente referidas al departamento correspondiente para el tratamiento aconsejable. En América Latina, los estudios epidemiológicos de este tipo incluyen a menudo a las familias de los trabajadores, y ofrecen también una oportunidad para desarrollar programas de educación sanitaria.

Los médicos que ejercen privadamente también tienen mucho que ganar si se interesan en la higiene del trabajo. Muchas enfermedades ocupacionales simulan ser otras de carácter general. Un trabajador expuesto a compuestos del plomo puede experimentar cólicos, y si el médico no dispone de una buena historia ocupacional de su paciente, puede llegar a un diagnóstico equivocado. La intoxicación por manganeso presenta síntomas semejantes a los de la enfermedad de Parkinson, y hay casos de intoxicación con tetracloruro de carbono que tienen la apariencia de una intoxicación gástrica. Estos y otros casos similares demuestran lo importante que es para el médico conocer el campo de la salud ocupacional, que puede ser de suma utilidad para un diagnóstico apropiado. Para facilitar esta labor, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos preparó en 1966 un libro titulada, Enfermedades Ocupacionales - Guía para su Reconocimiento, muy útil para el médico general. Ha sido traducido al español por la OPS, a cuya Oficina Central en Washington puede ser solicitado.

Los economistas y planificadores económicos, por su parte, también tienen su puesto en esta batalla y deberían considerar y dar apoyo a las actividades de salud ocupacional. Lo mismo es aplicable a las organizaciones internacionales que otorgan préstamos para el desarrollo industrial. Si al proporcionar esta ayuda no se toma en cuenta la salud y seguridad de los trabajadores, los préstamos pueden traducirse en pérdidas, tanto económicas como de vidas humanas y bienestar, anulándose así los beneficios que se esperaba conseguir.

Los economistas aún no han reconocido cabalmente la importancia que tienen los recursos humanos necesarios para la realización de programas de desarrollo económico, ni la incidencia que las actividades de salud pública tienen en el mejor aprovechamiento de la fuerza laboral. En un país de Latinoamérica, por ejemplo, los planificadores que prepararon un plan decenal incluyeron para el sector salud, sólo la construcción de un hospital en cierta área del país, subestimando totalmente las pérdidas producidas por las enfermedades ocupacionales y los accidentes del trabajo. Estas pérdidas, conservativamente, alcanzaban a 73 millones de dólares anuales.

Debido al desarrollo histórico de la higiene ocupacional, las responsabilidades en este campo han quedado diseminadas en una serie de instituciones. Esto es válido, tanto a nivel internacional como nacional. Esta situación ha tenido como consecuencia la creación de programas paralelos en los países. Los distintos enfoques de estos programas, la multiplicidad de las acciones y la aplicación de criterios técnicos diferentes, encarece la acción gubernamental y desconcierta a los empresarios y a los trabajadores. La Organización debe recomendar a los Países Miembros la coordinación de estos esfuerzos separados, con el objeto de rebajar los costos de operación, conseguir una mayor efectividad y obtener una mejor utilización de los escasos recursos de personal especializado disponible.

Asistencia de la Organización Panamericana de la Salud

La principal función que corresponde a la Organización en salud ocupacional es la de colaborar con los Gobiernos Miembros a fin de familiarizarlos con la forma de llevar a cabo programas eficaces de salud, con su propio personal y recursos. La Organización ha realizado una labor activa en esta especialidad desde 1961. Se ha facilitado asistencia especial para la realización de nuevos programas de salud ocupacional en Argentina, Cuba, Ecuador, Panamá y Perú, y se ha proporcionado apoyo técnico a otros países. La Organización ha servido como organismo ejecutor del PNUD para el programa de asistencia al Instituto de Higiene del Trabajo y Contaminación Atmosférica, con sede en Chile.

Desde su creación en 1969, el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS), establecido en Lima, Perú, ha facilitado asistencia en salud ocupacional a los países del Hemisferio.

Las actividades de la Organización en salud ocupacional pueden agruparse, en general, en las categorías siguientes:

1. Servicios de asesoramiento para la organización de estructuras nacionales que puedan llevar a cabo eficazmente un programa de diagnóstico, evaluación y control.
2. Capacitación de personal.
3. Investigaciones.

1. Servicios de asesoramiento

a. Organización de instituciones nacionales

- 1) Asesoramiento para la preparación de proyectos encaminados a la organización de instituciones de acuerdo con las necesidades y la capacidad económica de cada país.
- 2) Colaboración en la formulación de programas de diagnóstico, evaluación y control.
- 3) Colaboración a fin de obtener los recursos necesarios para realizar las actividades de la institución.
- 4) Colaboración en la promulgación de leyes eficaces y, de ser necesario, la revisión de las existentes.
- 5) Colaboración con miras a buscar el apoyo de instituciones que puedan financiar el desarrollo industrial, a fin de facilitar protección en salud industrial a la industria en cuyo financiamiento hayan participado.

b. Realización y consolidación de programas

- 1) Colaboración con cada país en la evaluación de ese programa, determinación de sus necesidades conjuntamente con la autoridad local y recomendación de las medidas que deberían adoptarse para llevar a cabo un programa eficaz.
- 2) Colaboración en la preparación de programas nacionales y locales.
- 3) Colaboración en la solución de problemas específicos de salud ocupacional.

2. Capacitación de personal

- a. Colaboración en la organización de cursos y de laboratorios en las universidades de la Región, incluyendo escuelas de ingeniería, salud pública, medicina y otras.
- b. Colaboración en la preparación de programas para los cursos universitarios a nivel de grado y posgrado.
- c. Colaboración en la preparación y presentación de cursillos de adiestramiento.
- d. Colaboración en la preparación de cursos y seminarios de adiestramiento.
- e. Colaboración en la selección de becarios, y asistencia en la preparación de sus programas de estudio.
- f. Preparación de manuales técnicos y otros materiales, como formularios de encuestas, métodos de análisis y muestreo, métodos de control, bibliografía y otros aspectos conexos.
- g. Servicios de información para preparar, traducir, reproducir y distribuir literatura técnica.
- h. Distribución de listas actualizadas de libros, revistas y equipo para muestreo y análisis.
- i. Organización de seminarios y otras reuniones sobre temas importantes de esta esfera.

3. Investigaciones

- a. Recomendación de temas de investigación de importancia para los países.

- b. Asistencia en la preparación de proyectos de investigación.
- c. Colaboración en la obtención de fondos para proyectos de investigación.
- d. Colaboración en la preparación de proyectos de investigación de carácter nacional, internacional o multinacional y asistencia en la obtención de fondos, equipo y apoyo para llevarlos a cabo.
- e. Patrocinio, dentro de los limitados recursos de la Organización, de proyectos de investigación.
- f. Colaboración en la evaluación de instrumentos y métodos modernos de análisis e investigación.
- g. Distribución de informes sobre proyectos de investigación realizados en la Región o en otros lugares.

Conclusiones y recomendaciones

1. En América Latina hay todavía varios países donde se ha hecho muy poco para evitar las enfermedades y lesiones ocupacionales en la fuerza de trabajo. Esto perjudica la salud del trabajador, la productividad de la mano de obra y las esperanzas de mejoramiento económico. Incluso en los países donde se han establecido programas desde hace varios años, el equipo y los recursos humanos son insuficientes para atender siquiera los riesgos industriales más importantes.
2. En los países que inician programas de salud ocupacional suele transcurrir un lapso de tres años hasta que la unidad quede adecuadamente organizada para facilitar servicios, debido a la necesidad de seleccionar, contratar y preparar personal; seleccionar y adquirir equipo de campo y de laboratorio; realizar las investigaciones preliminares y definir las actividades que desarrollarán los nuevos proyectos.
3. Los países que en la actualidad todavía no cuentan con programas de higiene ocupacional deben crearlos a corto plazo y desarrollarlos, para que al final de los próximos cinco años tengan controlado el 10% de la población laboral expuesta. En los cinco años siguientes esta acción debe ser ampliada para incluir en los programas de control al 20% de los trabajadores expuestos a riesgos.
4. Los países que ya han logrado progresos en esta especialidad, deben preocuparse de consolidar y ampliar sus programas con miras a facilitar cobertura al 20% de la fuerza de trabajo en los próximos cinco años y al 40% a fines del decenio.

5. Se ha demostrado en grado suficiente que los programas de salud ocupacional bien concebidos y realizados disminuyen la incidencia de accidentes y enfermedades ocupacionales, de modo que reducen las pérdidas económicas y contribuyen al desarrollo.

6. La Organización Mundial de la Salud ha expresado que no es económico realizar programas de desarrollo sin considerar sus consecuencias para la salud y el bienestar de la población afectada.

7. En época reciente, las organizaciones internacionales han recomendado que los fondos destinados al desarrollo económico deben permitir el mejoramiento de la educación básica, ya que es bien sabido que una fuerza de trabajo analfabeta no está en condiciones de afrontar los problemas complejos de la tecnología moderna. Es también importante controlar los efectos del desarrollo económico sobre el ambiente, que pueden repercutir sobre la salud y el bienestar de la población y sus comunidades. De muy poco serviría intensificar la mecanización en la producción de las minas o industrias de América Latina si las lesiones y enfermedades ocupacionales asociadas a estas actividades representan un costo mayor que el beneficio económico derivado de mejores procedimientos de trabajo.

8. Todo proyecto de desarrollo debe incluir los elementos esenciales para el control de los riesgos a que se verían expuestos los trabajadores y la comunidad. No existen obstáculos de carácter técnico que impidan que estas nuevas industrias adopten las medidas preventivas que eliminen estos riesgos desde un comienzo. Sólo la falta de un conocimiento adecuado, tanto por parte de los ejecutivos de empresas y de las autoridades gubernamentales como de las organizaciones de desarrollo, permite que ellos subsistan.

9. Las autoridades gubernamentales deben encargarse del control técnico de los programas de salud ocupacional. Los organismos de desarrollo nacional deben consultar al ministerio de salud del país en que se llevan a cabo los proyectos propuestos acerca del aspecto de salud ocupacional de estos. Las organizaciones internacionales dedicadas al desarrollo industrial deben también prestar la debida atención a la salud ocupacional, a fin de que en los planes originales puedan incluirse las medidas de control necesarias.

10. En los países suele haber varias instituciones gubernamentales que tienen responsabilidades en el control de los riesgos ocupacionales. Es de suma importancia realizar una labor seria para coordinar las actividades de estos organismos.

11. Existe una gran escasez de personal técnico competente en salud ocupacional. Cabe señalar, sin embargo, que en varios países de las Américas hay instituciones y servicios que podrían reducir este déficit en un período relativamente breve. El Instituto de Higiene del Trabajo y Contaminación Atmosférica, organizado y establecido en Chile con la asistencia financiera del Fondo Especial del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo,

y con la asistencia técnica de la Organización Panamericana de la Salud, es un excelente ejemplo de las posibilidades con que se cuenta para la formación de personal en esta especialidad.

12. Los organismos internacionales deberían conceder una pequeña parte de los fondos destinados al desarrollo industrial a instituciones capaces de preparar personal en el reconocimiento, evaluación y control de los riesgos profesionales.